Deutscher Bundestag **Drucksache 17/4782**
17. Wahlperiode 15. 02. 2011

Antwort
der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Harald Weinberg, Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/4592 –

Gesundheitsversorgung im Basistarif

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurden die privaten Krankenversicherungen verpflichtet, ab dem 1. Januar 2009 ihren Versicherten einen Basistarif anzubieten. Der Basistarif wurde eingeführt, damit die allgemeine Versicherungspflicht auch auf ehemals privat Krankenversicherte sowie auf dem Grunde nach der privaten Krankenversicherung zuzuordnende Nichtversicherte ausgedehnt werden konnte. Gesetzlich wurde festgelegt: Der Beitrag im Basistarif darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen und die Leistungen sollen mit denen der gesetzlich Versicherten vergleichbar sein. Im Basistarif darf der Gesundheitszustand des Versicherten nicht in die Beitragsbemessung eingehen und die Privatversicherungen müssen jeden Antragsteller in diesen Tarif aufnehmen.

Die Vergütung der ambulanten Leistungen im Basistarif ist in § 75 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelt. Waren im ursprünglichen Gesetzestext Vergütungen vom 1,16- bis 1,8-fachen Gebührensatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorgesehen, so wurden diese durch eine Einigung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Privatversicherungen zum 1. April 2010 auf den 0,9- bis 1,2-fachen Satz der GOÄ deutlich abgesenkt.

In der Fernsehsendung „Kontraste“ in der ARD wurde am 28. Oktober 2010 eine schlechte Versorgungssituation der Versicherten im Basistarif dargestellt, die laut dem Bericht mit der schlechten Honorierung von Leistungen für Versicherte im Basistarif zusammenhängt. Versicherte im Basistarif können demnach auf weniger Ärztinnen und Ärzte zurückgreifen, fühlen sich stigmatisiert, da sie immer darauf hinweisen müssen, dass nur nach dem 0,9- bis 1,2-fachen Satz der GOÄ abgerechnet werden darf und müssen dafür kämpfen, dass dies auch tatsächlich passiert. Wird ein höherer Satz abgerechnet, ist der Versicherte und nicht die Versicherung zahlungspflichtig.

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, sagte in dem Bericht der Sendung, falls sich die KBV und die privaten Krankenversicherungen nicht auf den 0,9- bis 1,2-fachen Satz der GOÄ geeinigt hätten, wäre bei einem Schiedsspruch ein noch geringerer Wert herausgekommen. Der Schiedsstelle gehören auch Vertreter der Bundesregierung an.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 11. Februar 2011 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Der Gesetzgeber hat mit der Vorschrift des § 75 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen den Auftrag zur Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung von Basistarifversicherten übertragen. Den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wird damit ein Gestaltungsspielraum eingeräumt, innerhalb dessen sie entscheiden, wie sie die gesetzliche Aufgabe der Sicherstellung am zweckmäßigsten lösen. Dafür kommen beispielsweise eine Nutzung freiwilliger Behandlungstätigkeiten von Vertragsärzten und Vertragszahnärzten oder eine Verpflichtung zur Sicherstellung der Versorgung durch die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in deren Satzungen in Betracht.

Die gesetzlichen Regelungen zur Vergütung der im Basistarif versicherten ärztlichen und zahnärztlichen Leistung nach § 75 Absatz 3a SGB V sind als Vorgabe ausgelegt, von der die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und die Beihilfekostenträger durch eine Vereinbarung nach § 75 Absatz 3b SGB V abweichen können.

Die Vereinbarung zwischen der KBV, dem PKV-Verband und den Beihilfekostenträgern vom 28. Januar 2010 zur Vergütung ärztlicher Leistungen für im Basistarif Versicherte erfolgte vor einer Entscheidung der Schiedsstelle nach § 75 Absatz 3c SGB V. Es ist davon auszugehen, dass die Vertragspartner in die der Vereinbarung vorausgegangenen Verhandlungen ihre jeweiligen Interessen eingebracht haben und sich in einer Gesamtbewertung auf die Vereinbarung vom 28. Januar 2010 geeinigt haben.

1. Wie viele Menschen sind derzeit im Basistarif der privaten Krankenversicherung versichert?

   Wie viele Ein- und Austritte sind jeweils für die Jahre 2009 und 2010 zu verzeichnen?

Laut Auskunft des Verbands der privaten Krankenversicherung waren zum 31. Dezember 2009 im Basistarif rund 13 500 Personen versichert; zum 31. Dezember 2010 waren es rund 21 000 Personen (vorläufige Zahlen). Zahlen zu unterjährigen Ein- und Austritten liegen nicht vor.

2. Wer ist verpflichtet, sich im Basistarif zu versichern?

Niemand ist verpflichtet, sich im Basistarif zu versichern.

3. Welcher Versichertenkreis hat die Möglichkeit, aus einem anderen Versicherungstarif in den Basistarif zu wechseln?

Personen, die eine private Krankenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben, können jederzeit aus einem anderen Tarif in den Basistarif wechseln. Versicherte, deren Krankheitskostenversicherung schon länger besteht, können unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung nur unter den besonderen Voraussetzungen des § 204 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b und c des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in den Basistarif wechseln. Demnach ist ein solcher Wechsel in den Basistarif nur für Versicherte möglich, die das 55. Lebensjahr vollendet haben,

die Anspruch auf eine gesetzliche Rente bzw. beamtenrechtliche Pension haben, die hilfebedürftig nach dem SGB II oder SGB XII sind oder die den Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt haben.

4. Welche Folgen für das gesetzliche und das private Krankenversicherungssystem sind zu erwarten, wenn immer mehr Privatversicherte in den Basistarif wechseln?

Derzeit sind ca. 0,2 Prozent aller privat Krankenversicherten im Basistarif versichert. Mögliche Folgen für gesetzliche Krankenversicherungen (GKV) oder private Krankenversicherungen (PKV) sind angesichts dieser Zahlen derzeit nicht zu erkennen. Gemäß dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 10. Juni 2009 (Az 1 BvR 706/08) trifft den Gesetzgeber aber eine Beobachtungspflicht, die auch die Auswirkungen der Einführung des Basistarifs umfasst. Die Bundesregierung wird die weitere Entwicklung daher aufmerksam beobachten.

5. Welche Merkmale weist die Versichertengruppe im Basistarif bezogen auf Sozialstatus, Alter und Morbidität auf?

Derartige Daten werden weder von der Bundesregierung noch von den Versicherungsunternehmen statistisch erfasst. Auch die von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht erstellten Wahrscheinlichkeitstafeln in der privaten Krankenversicherung, die das Schadensniveau für die einzelnen Alter angeben, erfassen die Versicherten im Basistarif nicht gesondert.

6. Gibt es Hinweise darauf, dass im Basistarif mehr Menschen mit geringerem Einkommen und/oder höherer Morbidität versichert sind als im Durchschnitt der privaten bzw. gesetzlich Versicherten?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine belastbaren Zahlen vor.

7. Für welche Versicherten, bezogen auf Morbidität, Alter und Einkommen, ist der Basistarif die kostengünstigste Alternative?

Angaben zur Struktur des Versichertenkollektivs im Basistarif liegen der Bundesregierung nicht vor. Der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte Basistarif ist aber ausweislich der Ziele und der Begründung dieses Gesetzes ein Angebot, das insbesondere für Personen ohne Versicherungsschutz, die zuletzt privat versichert waren, und für privat versicherte Personen mit hohen Risikozuschlägen bzw. mit Risikoausschlüssen in Frage kommt.

8. Stimmt die Bundesregierung dem „Handelsblatt“ vom 11. Mai 2010 (www. handelsblatt.com) zu, wonach ein Wechsel in den Basistarif nur für Menschen in Frage kommt, die keine Krankenversicherung besitzen und aufgrund von Vorerkrankungen nicht mehr eine reguläre private Vollversicherung abschließen können, bzw. für Versicherte, die bereits jetzt hohe Risikozuschläge bezahlen oder deren Vertrag den Ausschluss von bestimmten Krankheiten vorsieht?

Auf die Antwort zu Frage 7 wird verwiesen.

9. Wie viele der Privatpatientinnen und Privatpatienten im Basistarif, deren Beitrag wegen Hilfebedürftigkeit halbiert ist, zahlen diesen Beitrag nicht vollständig, weisen also Beitragsrückstände auf (bitte jeweils nach dem Zweiten und Zwölften Buch Sozialgesetzbuch getrennt ausweisen)?

Laut Auskunft des Verbands der privaten Krankenversicherung wurde zum 31. Dezember 2010 bei rund 6 900 Versicherten im Basistarif der Beitrag aufgrund von Hilfebedürftigkeit halbiert (= 32,9 Prozent aller Versicherten im Basistarif). Eine Differenzierung nach dem SGB II bzw. SGB XII ist nicht möglich. Rund 6 700 Versicherte (31,9 Prozent) im Basistarif waren mit drei oder mehr Monatsbeiträgen im Rückstand; der Personenkreis der Hilfebedürftigen und der sog. Nichtzahler ist nach Auskunft des Verbands der privaten Krankenversicherung jedoch mehrheitlich nicht identisch.

10. Was bewirkt die Mitnahme der Altersrückstellungen bei einem Wechsel aus der Vollversicherung in den Basistarif?

Durch die sog. Mitnahme der Alterungsrückstellung wird der Versicherte so gestellt, als sei er von Beginn seiner privaten Krankenversicherung an im Basistarif versichert gewesen. Dadurch ergibt sich ein deutlich niedrigerer Beitrag, als wenn der Zeitpunkt des Wechsels in den Basistarif als Versicherungsbeginn angesehen würde. Da der Beitrag im Basistarif gemäß § 12 Absatz 1c des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) auf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung gekappt ist, wirkt sich die Anrechnung der Alterungsrückstellung allerdings für solche Versicherungsnehmer nicht spürbar aus, deren kalkulierter Beitrag selbst nach einer Anrechnung der mitgebrachten Alterungsrückstellung noch oberhalb der Kappungsgrenze liegt.

11. Ist es möglich, dass trotz der Mitnahme der Altersrückstellungen aus der Vollversicherung in den Basistarif der Höchstsatz als Beitrag fällig wird?

    Wenn ja, welchen Vorteil hat der Versicherte aus den in der Regel jahrelang geleisteten Rückstellungen?

Weil in den Basistarif anfangs viele Nichtversicherte mit hoher Morbiditätslast aufgenommen worden sind, führt die Anrechnung von Alterungsrückstellungen beim Wechsel derzeit noch oft zu einem kalkulatorischen Beitrag, der oberhalb des gesetzlich vorgegebenen Höchstbeitrags im Basistarif liegt.

12. Kann der Versicherte seine mitgenommenen Altersrückstellungen zur Beitragszahlung im Basistarif verwenden, um seine Belastung zu verringern?

Die Mitnahme der Alterungsrückstellungen führt zu einer Verringerung des zu zahlenden Tarifbeitrags (vgl. § 204 Absatz 1 VVG).

13. Ist es statthaft, dass private Krankenversicherungen die Altersrückstellungen, die aus einem anderen Tarif in den Basistarif hinübergenommenen wurden, ohne Einverständnis des Versicherten zur Tilgung von Beitragsschulden verwenden?

    Wenn ja, wie häufig geschieht dies?

Ein solches Verfahren ist nach geltendem Recht nicht möglich.

14. Wie hoch sind die Einnahmen der privaten Krankenversicherungen im Basistarif?

    Falls nicht bekannt, wie hoch sind die geforderten Beiträge in der Summe?

Die Zahlen liegen der Bundesregierung nicht vor.

15. Wie hoch sind die Ausgaben der privaten Krankenversicherungen für Versicherte im Basistarif im Jahr 2009 gewesen?

    In welcher Höhe sind in den Jahren 2009 und 2010 insgesamt Honorare für Vertragsärztinnen und -ärzte für erbrachte Leistungen an Privatversicherten im Basistarif angefallen?

Die Zahlen liegen der Bundesregierung nicht vor.

16. Darf ein Vertragsarzt die Behandlung eines Privatversicherten im Basistarif ablehnen?

    Sind der Bundesregierung Fälle bekannt, in denen Vertragsärztinnen und -ärzte die Behandlung von Versicherten im Basistarif – vermutlich aufgrund der geringeren Vergütung – verweigert haben?

18. Darf ein Vertragszahnarzt die Behandlung eines Privatversicherten im Basistarif ablehnen?

    Sind der Bundesregierung Fälle bekannt, in denen Zahnärztinnen und -ärzte die Behandlung von Versicherten im Basistarif aufgrund der geringeren Vergütung verweigert haben?

Die Fragen 16 und 18 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Gesetzgeber hat mit der Vorschrift des § 75 Absatz 3a Satz 1 SGB V den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen den Auftrag zur Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung von Basistarifversicherten übertragen. Diese Übertragung führt als solche nicht zu einer unmittelbaren Erstreckung der Behandlungspflicht des einzelnen Vertragsarztes oder Vertragszahnarztes auf diese Patientengruppe. Vor diesem Hintergrund ist es möglich, dass einzelne Vertragsärzte und Vertragszahnärzte die Behandlung von Basistarifversicherten abgelehnt haben. Allerdings bleibt es die Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, den ihnen obliegenden gesetzlichen Sicherstellungsauftrag wahrzunehmen.

Der Bundesregierung sind einzelne Fälle bekannt, in denen Vertragsärzte oder Vertragszahnärzte die Behandlung von Basistarifversicherten abgelehnt haben.

17. An welche Stelle kann sich ein Privatversicherter im Basistarif wenden, wenn ein Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt seine Behandlung ablehnt?

Wenn ein Vertragsarzt oder ein Vertragszahnarzt im Einzelfall die Behandlung eines Basistarifversicherten ablehnt, kann sich die betroffene Patientin und der betroffene Patient an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigung oder an die jeweils zuständige Aufsichtsbehörde des Landes wenden.

19. Muss ein Vertragsarzt die Ablehnung eines Versicherten im Basistarif begründen?

    Wenn ja, mit welchen Begründungen darf ein Arzt die Behandlung ablehnen?

20. Muss ein Vertragszahnarzt die Ablehnung eines Versicherten im Basistarif begründen?

    Wenn ja, mit welchen Begründungen darf ein Zahnarzt die Behandlung ablehnen?

Die Fragen 19 und 20 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Soweit ein Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt die Behandlung eines Basistarifversicherten oder eines anderen Privatversicherten im Einzelfall ablehnen will, besteht keine gesetzliche Verpflichtung dies zu begründen.

21. Darf ein Vertragsarzt einem gesetzlich Versicherten die Behandlung verweigern?

    Unter welchen Umständen darf er das?

Nach § 13 Absatz 7 Satz 1 des Bundesmantelvertrags – Ärzte (BMV-Ä) ist ein Vertragsarzt berechtigt, die Behandlung eines Versicherten der GKV, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, abzulehnen, wenn dieser nicht vor der Behandlung sowohl die elektronische Gesundheitskarte vorlegt als auch in den in § 28 Absatz 4 SGB V i. V. m. § 18 Absatz 1 BMV-Ä bestimmten Fällen eine Zuzahlung von 10 Euro leistet. Dies gilt nicht bei akuter Behandlungsbedürftigkeit sowie für die nicht persönliche Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch den Versicherten (Satz 2). Im Übrigen darf ein Vertragsarzt die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Fällen ablehnen (Satz 3).

22. Darf ein Vertragszahnarzt einem gesetzlich Versicherten die Behandlung verweigern?

    Unter welchen Umständen darf er das?

Vertragszahnärzte dürfen die Behandlung von Versicherten der GKV nach § 4 Absatz 6 des Bundesmantelvertrags – Zahnärzte (BMV-Z) ebenfalls in begründeten Fällen ablehnen. Darüber hinaus ist der Vertragszahnarzt berechtigt, die Behandlung eines Versicherten der GKV, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, abzulehnen, wenn dieser in den in § 28 Absatz 4 SGB V bestimmten Fällen vor der Behandlung keine Zuzahlung von 10 Euro leistet.

23. Unter welchen Umständen darf ein Vertragsarzt die Behandlung eines Privatversicherten im Basistarif nicht ablehnen?

24. Unter welchen Umständen darf ein Vertragszahnarzt die Behandlung eines Privatversicherten im Basistarif nicht ablehnen?

Die Fragen 23 und 24 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Im Rahmen einer Notfall- oder Schmerzbehandlung wäre es schon aus berufsrechtlichen Gründen nicht zulässig, dass ein Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt die Behandlung eines Basistarifversicherten verweigert.

25. Wie genau ist die ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Vergütung für die Leistungen der Privatversicherten im Basistarif geregelt?

Für die ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen gilt für die Vergütung von im Basistarif versicherten Leistungen die nach § 75 Absatz 3b Satz 1 SGB V getroffene Vereinbarung zwischen der KBV, dem PKV-Verband und den Beihilfekostenträgern vom 28. Januar 2010 mit den dort vereinbarten Vergütungsgrenzen. Im Rahmen der ärztlichen Behandlung von Basistarifversicherten sind die in dieser Vereinbarung festgelegten Vergütungssätze bei der Berechnung von im Basistarif versicherten ärztlichen Leistungen von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zugrunde zu legen.

Für die zahnärztlichen Leistungen gilt die im § 75 Absatz 3a Satz 2 SGB V vorgegebene Begrenzung auf den 2,0-fachen Gebührensatz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

26. Wie bewertet die Bundesregierung die Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung von Versicherten im Basistarif derzeit?

Der Bundesregierung sind einzelne Fälle bekannt, in denen Vertragsärzte oder Vertragszahnärzte die Behandlung von Basistarifversicherten abgelehnt haben. Die KBV, KZBV und der PKV-Verband haben 2009 hierzu berichtet, dass in Einzelfällen Nachfragen oder Probleme bei der Übernahme der Behandlung durch Vertragsärzte und Vertragszahnärzte festgestellt werden konnten. Auch die Aufsichtsbehörden der Länder sind mit der Thematik befasst.

Nach Mitteilung der KZBV ist nach dort vorliegenden Erfahrungen die Sicherstellung der Versorgung in aller Regel bereits durch freiwillige Behandlungen durch die Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte gewährleistet. Soweit im Ausnahmefall ein Basistarifversicherter keine Vertragszahnärztin oder keinen -arzt finden sollte, erfolgt eine konkrete Benennung von hierzu bereiten Vertragszahnärztinnen/-ärzten im räumlichen Umfeld des Versicherten durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass angesichts der geringen Zahl von Basistarifversicherten die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ggf. mit Unterstützung der Aufsichtsbehörden der Länder in der Lage sind, eine angemessene Sicherstellung für die Basistarifversicherten zu gewährleisten und in den bekannt gewordenen Einzelfällen eine Lösung zu finden.

27. Was bedeutet es, dass die Leistungen im Basistarif vergleichbar zu denen der gesetzlichen Krankenkassen sein müssen (§ 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes)?

Welchen Spielraum haben die privaten Krankenversicherungen, da vergleichbar nicht identisch bedeutet?

28. Wie wird sichergestellt, dass Versicherte im Basistarif vergleichbare Leistungen wie gesetzlich Versicherte erhalten?

Die Fragen 27 und 28 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Laut § 12 Absatz 1a Satz 1 VAG müssen die Versicherungsunternehmen, die eine substitutive Krankenversicherung betreiben, einen branchenweit einheitlichen Basistarif anbieten, „dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel SGB V, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind“. Die Leistungen des Basistarifs müssen mit denen

der GKV demnach weitgehend übereinstimmen, ohne mit ihnen völlig identisch zu sein. In § 12 Absatz 1d VAG ist festgelegt, dass der PKV-Verband als Beliehener Näheres zu den Vertragsleistungen des Basistarifes im Sinne des § 12 Absatz 1a VAG festlegt. Das Bundesministerium der Finanzen übt hinsichtlich dieser Festlegungen die Fachaufsicht über den PKV-Verband aus.

In den Allgemeinen Vertragsbedingungen für den Basistarif (AVB/BT 2009) und den darin enthaltenen Tarifbestimmungen zum Basistarif hat der PKV-Verband den Leistungsanspruch im Basistarif branchenweit einheitlich und verbindlich für alle Versicherer und Versicherten im Sinne des Gesetzes konkretisiert. Nach § 1 Absatz 1 und 4 AVB/BT 2009 erfasst der Leistungsumfang medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen, wobei nur Leistungen erstattet werden, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Wie für die GKV, gilt damit auch für den Basistarif das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V). Außerdem haben die Versicherten im Basistarif einen Anspruch auf Krankentagegeld, der mit dem Krankengeld in der GKV vergleichbar ist. Details zu den einzelnen Leistungen sind im Wesentlichen in den Tarifbestimmungen zum Basistarif geregelt. Für den konkreten Leistungsumfang, insbesondere in Hinblick auf neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, sind außerdem die Richtlinien und Empfehlungen des Gemeinsames Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V maßgeblich, die gleichermaßen für die medizinische Versorgung der gesetzlich Versicherten gelten.

29. Haben Versicherte im Basistarif den gleichen Zugang zur ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung wie gesetzlich Versicherte; also stehen ihnen genauso viele Ärztinnen, Zahnärztinnen, Ärzte und Zahnärzte in ihren Regionen zur Verfügung wie gesetzlich Versicherten?

Der Gesetzgeber hat den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen den Auftrag zur Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung von Basistarifversicherten übertragen. Diese Übertragung führt nicht als solches zu einer unmittelbaren Erstreckung der Behandlungspflicht jedes einzelnen Vertragsarztes oder Vertragszahnarztes auf diese Patientengruppe. Es bleibt den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überlassen, in welcher Art und Weise sie den gesetzlichen Auftrag am zweckmäßigsten erfüllen. Je nach der Ausgestaltung der Umsetzung des gesetzlichen Auftrages durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können den Basistarifversicherten ggf. nicht alle Vertragsärztinnen, Vertragsärzte, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte zur Verfügung stehen.

30. Ist es der Wille der Bundesregierung, dass den Versicherten im Basistarif alle Vertragsärztinnen und -ärzte zur Behandlung zur freien Auswahl stehen (uneingeschränkte freie Arztwahl)?

Aus Sicht der Bundesregierung sollte sich der Umfang der Sicherstellung für Basistarifversicherte grundsätzlich an der Sicherstellung für GKV-Versicherte orientieren, denn auch Art und Umfang der Leistungen des Basistarifs sind mit den Leistungen der GKV vergleichbar. Darüber hinaus haben sich die KBV, die KZBV und der PKV-Verband auf die gemeinsame Zielsetzung verständigt, dass die Vergütung der vom Basistarif umfassten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen nach Art, Umfang und Höhe jeweils vergleichbar zur Vergütung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgestaltet werden soll. Die konkrete Ausgestaltung des Sicherstellungsauftrages obliegt aber den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.

31. Wenn es der Bundesregierung auch ausreicht, wenn für die Privatversicherten im Basistarif nur bestimmte Ärztinnen und Ärzte bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzte ausgewiesen werden, ihnen also nicht alle Vertragsärzte zur Verfügung stehen, wer legt die notwendige Anzahl der Ärztinnen und Ärzte bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzte in einem Versorgungsbezirk fest, die die Versorgung der Versicherten im Basistarif sicherstellen?

    Wie hoch sind diese Zahlen für die verschiedenen Arztgruppen beispielsweise in Berlin?

Der Gesetzgeber hat den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen den Auftrag zur Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung von Basistarifversicherten übertragen. Es ist Aufgabe der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, ihren Gestaltungsspielraum bei der Umsetzung dieses Auftrages so zu nutzen, dass sie ihren gesetzlichen Auftrag unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten zweckmäßig erfüllen.

32. Ist der Regelsatz für Arbeitslosengeld-II-Bezieherinnen und -Bezieher, die im Basistarif versichert sind, ausreichend, um die weiteren Fahrwege zum nächsten Vertragsarzt zu bezahlen, wenn den Versicherten im Basistarif nicht alle Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte zur Verfügung stehen, oder müsste es einen Sonderbedarf dafür geben?

Im Regelbedarf sind auch die durchschnittlichen Verbrauchsausgaben für Mobilität enthalten. Dies sollen künftig bei einem Erwachsenen 22,78 Euro monatlich sein (Referenzhaushalte sind diejenigen Haushalte, die keinen Pkw nutzen; so wird sichergestellt, dass alle Mobilitätskosten des öffentlichen Nahverkehrs berücksichtigt worden sind). Wofür Leistungsberechtigte diesen Betrag einsetzen, ist ihnen überlassen. Der Regelbedarf stellt ein monatliches Budget dar. Mehrausgaben an einer Stelle müssen durch Einsparungen an anderer Stelle ausgeglichen werden. Dies bedeutet auch, dass für bestimmte Ausgaben nicht nur die in den Regelbedarf eingerechneten Verbrauchsausgaben zur Verfügung stehen.

33. Entspricht die in der Fernsehsendung „Kontraste“ am 28. Oktober 2010 dargestellte schlechte Situation von Versicherten im Basistarif der derzeitigen Gesetzeslage (abrufbar unter www.rbb-online.de)?

Der in der Fernsehsendung „Kontraste“ am 28. Oktober 2010 dargestellte Fall, in dem eine Behandlung zu den Bedingungen des Basistarifs von einigen Vertragsärzten verweigert worden ist, kann auf der Grundlage der dargestellten Rechtslage auftreten. Es ist Aufgabe der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, in solchen Einzelfällen eine Behandlungsmöglichkeit zu gewährleisten.

34. Entspricht es der Realität, dass in Heilbronn von 128 Zahnärztinnen und Zahnärzten nur fünf Zahnärztinnen und Zahnärzte Patientinnen und Patienten im Basistarif behandeln, wie in der zuvor benannten Sendung „Kontraste“ geschildert wurde?

35. Ist diese Situation rechtlich zulässig und entspricht sie dem Willen der Bundesregierung?

36. Wenn nein, welche aufsichtsrechtlichen Schritte sind erfolgt?

37. Ist diese Situation politisch gewünscht?

Die Fragen 34 bis 37 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Nach Mitteilung des Sozialministeriums Baden-Württemberg sind in Heilbronn 67 Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen. Auf Anfrage der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KZV BW) war vom Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Landesausschuss Baden-Württemberg nicht zu erfahren, wie viele Versicherte in Baden-Württemberg vom Standard- oder Basistarif betroffen sind.

Die KZV BW ist seit 1. Januar 2009 per Gesetz verpflichtet, die vertragszahnärztliche Versorgung der Basistarifversicherten sicherzustellen. Vertragszahnärzte sind von der gesetzlichen Regelung nicht unmittelbar betroffen, d. h. es entsteht keine unmittelbare Behandlungspflicht des einzelnen Vertragszahnarztes. § 75 Absatz 3a Satz 1 SGB V bestimmt nicht, in welcher Form der übertragene Sicherstellungsauftrag wahrzunehmen ist. Vielmehr bleibt es der KZV überlassen, in welcher Art und Weise sie den Auftrag erfüllt.

Der Vorstand der KZV BW hat sich letztlich für eine so genannte freiwillige Vertragslösung entschieden. Es haben sich bei der KZV BW fünf Vertragszahnärzte für die freiwillige Behandlung Basistarifversicherter in Heilbronn eintragen lassen. Dies bedeutet allerdings nicht, dass alle anderen Vertragszahnärzte die Behandlung von Basistarifversicherten ablehnen. Für den Fall, dass ein Basistarifversicherter tatsächlich Probleme haben sollte, einen Zahnarzt zu finden, würde er auf jeden Fall an einen der o. g. Vertragszahnärzte verwiesen werden. Hierfür und für Fragen rund um den Basistarif ist eine Hotline bei der KZV BW eingerichtet. Zwei Mitarbeiterinnen teilen den Patienten ggf. mit, welche Praxen im näheren Umkreis des Wohnortes des Patienten bereit sind, Basistarifversicherte zu behandeln. Letztlich sind aus Heilbronn keine Beschwerden bekannt geworden und zwar weder gegenüber der KZVBW noch gegenüber der Aufsicht.

Zusammenfassend ist aus Sicht des Sozialministeriums Baden-Württemberg daher festzustellen, dass die Situation rechtlich zulässig ist und kein Anlass für ein aufsichtsrechtliches Tätigwerden besteht.

38. Wenn nein, welche Maßnahmen plant die Bundesregierung?

39. Wie bewertet die Bundesregierung diese Versorgungsituation?

    Welche Gründe sind nach Ansicht der Bundesregierung maßgeblich dafür, dass nur wenige Zahnärztinnen und Zahnärzte Versicherte im Basistarif behandeln?

Die Fragen 38 und 39 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bewertung der Situation in Heilbronn und die Prüfung, ob und ggf. welche Maßnahmen zu ergreifen wären, obliegt der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und dem aufsichtführenden Sozialministerium Baden-Württemberg.

In den der Bundesregierung bekannt gewordenen Fällen geben Zahnärztinnen und Zahnärzte häufig an, dass die geltende Gebührenbegrenzung nach § 75 Absatz 3a Satz 2 SGB V auf den 2,0-fachen Gebührensatz der GOZ zu einem Honorar unter der Vergütung der gesetzlichen Krankenkassen führen würde.

Es ist nicht belegt, dass sich beim 2,0-fachen Gebührensatz der GOZ im Vergleich zur vertragszahnärztlichen Vergütung im Rahmen einer Gesamtbetrachtung durchschnittlich ein geringeres Honorar ergibt. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass angesichts der geringen Zahl an Basistarifversicherten die finanziellen Auswirkungen einer Honorarbegrenzung bezogen auf die Gesamttätigkeit einer Vertragszahnärztin und eines Vertragszahnarztes gering sein dürften.

40. Wie bewertet die Bundesregierung die Absenkung der Kostenfaktoren für Leistungen im Basistarif auf 0,9 bis 1,2 der GOÄ im April 2010?

    Welche Folgen hat dies auf die Versorgung der Versicherten im Basistarif?

Die Vereinbarung zwischen der KBV, dem PKV-Verband und den Beihilfekostenträgern vom 28. Januar 2010 zur Vergütung ambulanter ärztlicher und belegärztlicher Leistungen für im Basistarif Versicherte erfolgte vor einer Entscheidung der Schiedsstelle. Es ist davon auszugehen, dass die Vertragspartner in die vorausgegangenen Verhandlungen ihre Interessen eingebracht haben und sich dann in einer Gesamtbewertung auf diese Vereinbarung einigen konnten.

Die KBV hält die getroffene Vereinbarung trotz der damit festgelegten Unterschreitung der bisherigen Obergrenzen für sachgerecht und verweist u. a. darauf, dass der vom PKV-Verband in das Schiedsverfahren eingebrachte Vorschlag einer Regelung auf Basis des für die vertragsärztliche Vergütung geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) damit vermieden werden konnte.

Darüber hinaus ist zu bedenken, dass angesichts der geringen Zahl an Basistarifversicherten die finanziellen Auswirkungen einer Honorarbegrenzung bezogen auf die Gesamttätigkeit einer Vertragsärztin und eines Vertragsarztes gering sein dürften.

Vor diesem Hintergrund dürften sich infolge der getroffenen Vereinbarung zur Vergütung grundsätzlich keine gravierenden Folgen für die Versorgung der Basistarifversicherten ergeben. Denn unabhängig von der getroffenen Vereinbarung besteht der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ärztliche Versorgung der Basistarifversicherten.

Falls es im Zusammenhang mit der Vereinbarung vermehrt zu Problemen bei der Sicherstellung der Versorgung kommen sollte, ist es Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen und ggf. der Aufsichtbehörden der Länder, geeignete Maßnahmen zu prüfen und ggf. zu ergreifen.

41. Ist es zutreffend, dass die Schiedsstelle niedrigere Vergütungsfaktoren als die 0,9- bis 1,2-fachen Sätze der GOÄ durchgesetzt hätte, wenn sich die privaten Krankenversicherungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht geeinigt hätten?

    Wie haben sich die Vertreter der Bundesregierung in der Schiedsstelle zur Frage der Höhe der Vergütungen der Leistungen im Basistarif positioniert?

Zu der Frage, welche Entscheidung die Schiedsstelle getroffen hätte, wenn es nicht zu einer vertraglichen Vereinbarung zwischen KBV und PKV-Verband sowie den Beihilfekostenträgern gekommen wäre, kann keine sichere Aussage getroffen werden.

Da es zu keiner Entscheidung der Schiedsstelle gekommen ist, war eine Positionierung der Vertreter des Bundesministeriums der Finanzen und des Bundesministeriums für Gesundheit in der Schiedsstelle zur Frage der Höhe der Vergütungen im Basistarif nicht erforderlich.

42. Welche Auswirkungen haben die abgesenkten Vergütungsfaktoren auf die Beihilfekosten für Bundesbeamte?

Grundsätzlich ist von einer geringen Minderung der Ausgaben auszugehen. Belastbare Daten dazu liegen jedoch nicht vor, weil Daten zum Versicherungsverhältnis nicht statistisch erfasst werden.

43. Welche Zahlen (bzw. von welcher Institution) werden bei der Vereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. vom 28. Januar 2010 zu Grunde gelegt, bei der festgelegt wurde, dass ein sofortiges Kündigungsrecht der Vereinbarung für beide Parteien möglich ist, wenn die Zahl von 100 000 Versicherten im Basistarif überschritten wird?

Grundlage der Vereinbarung der KBV mit dem PKV-Verband vom 28. Januar 2010 sind die dem PKV-Verband von einzelnen PKV-Unternehmen gemeldeten Versichertenzahlen des Basistarifs.

44. Wie bewertet die Bundesregierung den Vorschlag des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. in der Schiedsstellenverhandlung vom 28. Januar 2010, die zu erbringenden ärztlichen Leistungen für Versicherte im Basistarif in weiten Bereichen auf den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) umzustellen?

Bei diesem Vorschlag wäre es grundsätzlich einfacher gewesen, ein Unterschreiten der festgelegten Honorare für einzelne ärztliche Leistungen im Basistarif unter die Vergütungen des EBM zu vermeiden.

45. Ist es nach Ansicht der Bundesregierung ausreichend, dass die kassenärztlichen Vereinigungen lediglich darauf hinwirken sollen, dass Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten nur diejenigen Leistungen abrechnen, die nach Art und Umfang mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind?

46. Wer muss die Leistungen bezahlen, die nach Art und Umfang über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, also nicht mehr vergleichbar sind – der Versicherte oder die private Krankenversicherung?

Die Fragen 45 und 46 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben nach § 75 Absatz 3a SGB V die Aufgabe, die ärztliche Versorgung der Versicherten im Basistarif sicherzustellen. Gemäß § 4 Absatz 2 AVB/BT 2009 umfasst der Versicherungsschutz im Basistarif eine Behandlung durch Vertragsärzte bzw. Vertragszahnärzte sowie psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die zur vertragsärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind. Soweit Versicherte im Basistarif Leistungen in Anspruch nehmen, die über den Leistungsumfang des Basistarifs hinausgehen (siehe zum Leistungsumfang auch die Antwort zu den Fragen 27 und 28) müssen sie für die entstehenden Kosten selbst aufkommen. Sie sind auch insofern mit gesetzlich Versicherten gleichgestellt, die die Kosten für Leistungen außerhalb des Katalogs der GKV (z. B. Individuelle Gesundheitsleistungen) ebenfalls selbst tragen müssen. Nach Auffassung der Bundesregierung sind Ärzte und Psychotherapeuten jedoch ver-

pflichtet, ggf. darauf hinzuweisen, wenn Versicherte Leistungen in Anspruch nehmen, für die ihre PKV nicht aufkommt.

47. Durch welche Weisungen sind die Vertragsärztinnen und -ärzte verpflichtet, Privatpatientinnen und -patienten im Basistarif zu behandeln?

Der Gesetzgeber hat den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen den Auftrag zur Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung von Basistarifversicherten übertragen. Diese Übertragung führt nicht als solche zu einer unmittelbaren Erstreckung der Behandlungspflicht jedes einzelnen Vertragsarztes oder Vertragszahnarztes auf diese Patientengruppe. Es bleibt den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überlassen, in welcher Art und Weise sie den gesetzlichen Auftrag am zweckmäßigsten erfüllen. Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 52 und 53 verwiesen.

48. Wenn die Vertragsärztinnen und -ärzte verpflichtet sind, Versicherte im Basistarif (zu anderen, schlechteren Konditionen) zu behandeln, stellt dann eine Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. eine Wettbewerbsverzerrung und einen Vertrag zu Lasten Dritter dar?

Eine Behandlungspflicht der Vertragsärztinnen und -ärzte besteht, wie dargelegt, nicht. Die KBV ist Vertragspartei kraft Gesetzes. Im Übrigen ist davon auszugehen, dass die KBV bei der Vergütungsvereinbarung nach § 75 Absatz 3b SGB V die Interessen der Vertragsärzte in einer Gesamtabwägung eingebracht hat. Die KBV hält die getroffene Vereinbarung trotz der damit festgelegten Unterschreitung der bisherigen Obergrenzen für sachgerecht und verweist u. a. darauf, dass der vom PKV-Verband in das Schiedsstellenverfahren eingebrachte Vorschlag einer Regelung auf Basis des EBM vermieden werden konnte.

49. Zu welchen Konditionen behandeln Privatärztinnen und -ärzte Versicherte im Basistarif, oder sind Versicherte im Basistarif verpflichtet, zur Behandlung zu Vertragsärztinnen und -ärzten zu gehen?

Die gesetzlichen Vorschriften zur Sicherstellung und zur Vergütung der ärztlichen Leistungen im Basistarif regeln nicht, ob Basistarifversicherte nur Vertragsärztinnen und -ärzte in Anspruch nehmen können. Der Versicherungsschutz im Basistarif ist als Behandlung durch Vertragsärztinnen und -ärzte in § 4 Absatz 2 AVB/B/ 2009 geregelt (vgl. Antwort zu den Fragen 45 und 46). Nimmt ein im Basistarif Versicherter eine Privatärztin oder einen Privatarzt in Anspruch, ist dieser infolge des Abschlusses der Vergütungsvereinbarung nach § 75 Absatz 3b SGB V nicht an die Begrenzungsregelung des Absatzes 3a gebunden und für den Versicherten besteht kein Versicherungsschutz im Basistarif.

50. Wie bewertet die Bundesregierung die Begründung zur Nichtzulassung der Beschwerde eines Arztes, der gegen die Verpflichtung zur Behandlung von Versicherten im Basistarif Klage erheben wollte (1 BvR 807/08), nach der das Bundesverfassungsgericht aus der Verpflichtung zur Sicherstellung durch die kassenärztlichen Vereinigungen bzw. die KBV

keine Verpflichtung zur Behandlungspflicht von Vertragsärzten gegenüber Versicherten aus dem Basistarif abgeleitet sieht?

In der Begründung der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes wird klargestellt, dass den Kassenärztlichen Vereinigungen ein Gestaltungsspielraum eingeräumt wird, wie sie die gesetzliche Aufgabe der Sicherstellung am zweckmäßigsten lösen. Damit wird der Sicherstellungsauftrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen bekräftigt, denn der Gestaltungsspielraum umfasst nicht die Möglichkeit, von einer Umsetzung des gesetzlichen Auftrages abzusehen.

51. Wie hoch bemisst sich der Verwaltungsaufwand für die kassenärztlichen Vereinigungen, um die Versorgung der Versicherten im Basistarif sicherzustellen?

    Welche Ausgleichszahlungen erhalten die kassenärztlichen Vereinigungen von den Privatversicherungen für die Übernahme der Sicherstellung der Versorgung der Versicherten im Basistarif?

Nach Angaben der KBV entsteht bei den Kassenärztlichen Vereinigungen Verwaltungsaufwand durch die Benachrichtigung, Informationen und Beantwortung von Fragen im Rahmen der Behandlung von Versicherten im Basistarif. Aufgrund der geringen Anzahl von Versicherten im Basistarif wurde bisher davon abgesehen, den Verwaltungsaufwand speziell für die Umsetzung des Basistarifs zu bemessen.

Der gesetzliche Auftrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Basistarifversicherten sieht keine Ausgleichzahlungen vor.

52. Liegen Verträge zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen und den Vertragsärztinnen und -ärzten vor, die die Vertragsärztinnen und -ärzte zur Behandlung von Privatversicherten im Basistarif verpflichten?

    In welchen Bundesländern liegen solche Verträge vor und in welchen Bundesländern nicht?

53. Liegen Verträge zwischen den kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Vertragszahnärztinnen und -ärzten vor, die die Vertragszahnärztinnen und -ärzte zur Behandlung von Privatversicherten im Basistarif verpflichten?

    In welchen Bundesländern liegen solche Verträge vor und in welchen Bundesländern nicht?

Die Fragen 52 und 53 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Nach Angaben der KZBV gibt es in dem Bereich einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Verträge zwischen der KZV und Vertragszahnärztinnen und -zahnärzten (KZV Baden-Württemberg). Satzungsregelungen im Zusammenhang mit dem Basistarif bestehen in drei KZV-Bereichen (KZV Hamburg, KZV Hessen und KZV Mecklenburg-Vorpommern).

Die KBV weist darauf hin, dass eine eindeutige Behandlungspflicht von entsprechenden Satzungsregelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen abhängt. Der KBV ist nicht bekannt, ob und ggf. welche Satzungsbestimmungen die Kassenärztlichen Vereinigungen zu dieser Frage getroffen haben.

54. Welche Folgen hätte eine Ausweitung der Verpflichtung der Vertragsärztinnen und -ärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang ihres aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages (§ 95 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) auf die Versorgung der Versicherten im Basistarif?

55. Gibt es Bestrebungen der Bundesregierung, den § 95 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend auszudehnen?

Die Fragen 54 und 55 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Angesichts der vergleichsweise geringen Anzahl von Versicherten im Basistarif sind keine negativen Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erwarten, wenn die Verpflichtung der Vertragsärztinnen und -ärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung entsprechend ihres vollen oder hälftigen Versorgungsauftrags auf die Versorgung der Versicherten im Basistarif ausgeweitet würde. Bestrebungen, § 95 Absatz 3 SGB V zu ändern, gibt es in der Bundesregierung nicht.

56. Inwieweit fließen von der gesetzlichen Krankenkasse erhobene Zusatzbeiträge künftig in die Berechnung der maximalen Höhe des Basistarifs ein?

    Plant die Bundesregierung hierzu eine gesetzliche Änderung?

In die Berechnung der maximalen Höhe des Beitrags zum Basistarif fließt gemäß § 12 Absatz 1c VAG seit dem 1. Januar 2011 der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der vom Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 242a Absatz 2 SGB V jeweils bekannt gegebenen Höhe mit ein. Die Regelung ist mit dem GKV-Finanzierungsgesetzes bereits an die neue Rechtslage angepasst worden; weiterer Änderungen bedarf es daher nicht.

57. Ist es richtig, dass derzeit für Versicherte im Basistarif eine Psychotherapiesitzung in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie mit 48,26 Euro und in der Verhaltenstherapie mit 52,46 Euro bewertet wird, während die gesetzlichen Krankenkassen dieselben Leistungen mit derzeit jeweils 81,14 Euro vergüten?

Die genannten Beträge für die Vergütung bestimmter psychotherapeutischer Leistungen bei Basistarifversicherten im Rahmen der Vergütungsvereinbarung nach § 75 Absatz 3b SGB V und nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab treffen zu.

Nach Mitteilung der KBV unterliegt die Leistungserbringung der in der Frage angesprochenen psychotherapeutischen Leistungen allerdings dem Antragsverfahren der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) und kann nur nach entsprechender Genehmigung erbracht werden. Nach erfolgter Genehmigung sind die vorgenannten Leistungen im Rahmen einer Kurzzeittherapie maximal 25-mal berechnungsfähig. Eine darüber hinausgehende Langzeittherapie bedarf einer weitergehenden Genehmigung. Weiterhin unterliegen die Vergütungen für die angesprochenen antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen des EBM nach den Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Absatz 2 und 3 SGB V einer Honorarsteuerung über zeitbezogene Kapazitätsgrenzen, bei deren Überschreitung die Vergütungen einer Preisabstaffelung unterzogen werden. Dem-

gegenüber unterliegen diese Leistungen im Basistarif weder einer Antrags- und Genehmigungspflicht noch einer Honorarsteuerung.

58. Sieht die Bundesregierung angesichts der geringen Vergütung für psychotherapeutische Leistungen im Basistarif eine mögliche Gefährdung der Versorgung der Versicherten im Basistarif?

Eine Gefährdung der Versorgung von im Basistarif versicherten Personen ist nach Angaben der KBV bei weiterhin geringen Versichertenzahlen im Basistarif jedoch trotz der resultierenden Unterbewertungen nicht gegeben. Hierzu liegen der KBV auch keine gegenteiligen Informationen von den Kassenärztlichen Vereinigungen oder aus anderen Quellen vor. Die Frage nach einer Gefährdung der Versorgung von im Basistarif versicherten Personen wäre für den Fall eines nennenswerten Anstiegs der Versichertenzahlen im Basistarif allerdings neu zu bewerten. Aus diesem Grund wurde das in der Frage 43 angesprochene Sonderkündigungsrecht in die Vereinbarung zur Honorierung ambulanter ärztlicher und belegärztlicher Leistungen für im Basistarif Versicherte aufgenommen.

Darüber hinaus ist angesichts der geringen Zahl von Basistarifversicherten davon auszugehen, dass die finanziellen Auswirkungen einer Honorarbegrenzung bezogen auf die Gesamttätigkeit einer Vertragsärztin und eines Vertragsarztes gering sein dürften. Darüber hinaus steht es den Vertragspartnern frei, die getroffene Vereinbarung weiterzuentwickeln, wenn sich ein entsprechender Anpassungsbedarf zeigen sollte.

59. Ist die Versicherungsprämie im Basistarif in aller Regel höher als der Durchschnittsbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung?

Wie im Bereich der privaten Krankenversicherung üblich, wird auch der Beitrag zum Basistarif grundsätzlich nach versicherungsmathematischen Kriterien kalkuliert. Von der Begrenzung auf den GKV-Höchstbeitrag und der Beitragshalbierung im Falle der Hilfebedürftigkeit abgesehen, orientiert sich die Beitragskalkulation daher auch im Basistarif im Wesentlichen an der Wahrscheinlichkeit des Eintritts des Versicherungsfalls zum Zeitpunkt des Eintritts in die PKV. Zudem wird bei der Kalkulation der Aufbau von Alterungsrückstellungen berücksichtigt, die in der GKV nicht vorgesehen sind.

60. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass Versicherte im Basistarif oft schlechter behandelt werden als gesetzlich Versicherte und dass eine Vergleichbarkeit der Leistungen angesichts der in den vorhergehenden Fragen und dem „Kontraste“-Bericht genannten Leistungseinschränkungen in vielen Fällen nicht gewährleistet ist?

Die Bundesregierung teilt diese Einschätzung nicht. Der Bundesregierung liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass Versicherte im Basistarif medizinisch schlechter behandelt werden. Die in Einzelfällen bekannt gewordenen Probleme bei der Suche nach Vertragsärzten und Vertragszahnärzten, die bereit sind, Basistarifversicherte zu behandeln, können von den Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ggf. mit Unterstützung der Aufsichtsbehörden der Länder gelöst werden.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333